SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**11019-569009**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DANIELA SOFIA FUQUENE SANTAFE	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	1.019.126.262	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dsofiaf16@gmail.com	**Número de Cuenta:**	4722041393
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7571465/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**45425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	restar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025 Al 30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 16.711.557
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 43.542.038
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 12.112.046

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9491022746**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.256.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.560.145,00**	

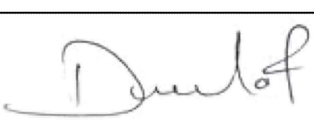
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Se realizó formación y seguimiento de sustentaciones finales con los aprendices de las fichas 3216400, 3209113, 3228146, 3216405 y
2.Se realizó entrega oportuna de todos los entregables solicitados desde la coordinación.
3.Se realizó calificación y verificación de actividades y evaluación de cada GAES y aprendiz por ficha.
4.Se realizó guía de formación y acta de socialización del plan de trabajo para las fichas 3216400, 3209113, 3228146, 3216405 y 32281
5.Se realizan las respectivas estrategias y planes de mejoramiento a los grupos 3216400, 3209113, 3228146, 3216405 y 3228124.
6.Se reportan todas las novedades ante la coordinación, que se presenten en cada ficha.
7.Se registra todas las inasistencia y novedades, así como los aprendices no conocidos ante el gestor de cada ficha.
8.Se verifico los datos de cada aprendiz en el sistema y su consistencia en Sofia Plus.
9.Se realizaron las entregas de las guías de formación solicitadas desde la coordinación según las competencias asignadas.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí



DANIELA SOFIA FUQUENE SANTAFE
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

16/09/25 08:49:23 USUARIO: SIC - C.C. 1019126262

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019126262		FUQUENE SANTAFE DANIELA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 110a # 69b - 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3186548541	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1780245633	9491022746	I	2025/09/12	2025/09/16	NEQUI	4	$535,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,808	$294,400			$1,839,808	$230,000			$0	$0			$1,839,808	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,808	$294,400			$1,839,808	$230,000			$0	$0			$1,839,808	$9,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,839,808	$294,400			$1,839,808	$230,000			$0	$0			$1,839,808	$9,700		$0	$0
1	CC	1019126262 FUQUENE DANIELA	231001	30	$1,839,808	$294,400	EPS005	30	$1,839,808	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,808	$9,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,839,808	$294,400			$1,839,808	$230,000			$0	$0			$1,839,808	$9,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019126262		FUQUENE SANTAFE DANIELA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 110a # 69b - 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3186548541	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1780245633	9491022746	I	2025/09/12	2025/09/16	NEQUI	4	$535,600

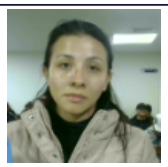
RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$800	$0	$295,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$294,400	$800	$0	$295,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$100	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$100	$0	$9,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$600	$0	$230,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$600	$0	$230,600
TOTAL				**1**	**$534,100**	**$1,500**	**$0**	**$535,600**

Unidad de Salud Ocupacional	VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	Cód.:FT-MO-Vm-21 Versión : 5 Fecha: 01/12/2023 Página: 1	icontec ISO 9001 SC 6827-1 IQNet

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Fecha:2024-02-09 **Tipo de examen:**PREINGRESO
Nombre: DANIELA SOFIA FUQUENE SANTAFE
Empresa: Particular
En Misión:
Ciudad del Exámen:BOGOTA MONTEVIDEO
Cedula de Ciudadanía:1019126262 **Cargo:**CONTRATISTA 504989



Para tomar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:

Sin agregar

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REMISIÓN

NINGUNA
Observación: NINGUNA

RESTRICCIÓN

NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular,Control de Peso, Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado

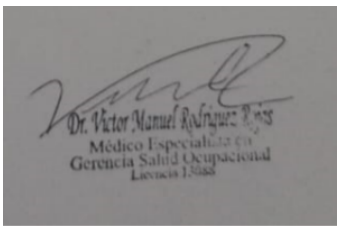
TRABAJO ESPECIALES

Trabajo en alturas:NO APLICA
Trabajo en altitudes > 2500 mts:NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:NO APLICA
Trabajo con Tamizaje de Cargas:NO APLICA
Manipulación de alimentos:NO APLICA
Trabajo en ambientes hiperbáricos:NO APLICA
Trabajo como brigadista:NO APLICA
Conducción de vehículos:NO APLICA
Manipulación de sustancias químicas:NO APLICA
Trabajo en bajas temperaturas:NO APLICA
Manipulación de Productos para el Consumo Humano (Productos de : Limpieza, Cosméticos, Cuidado Personal): NO APLICA

PVE VISUAL: ☑ **PVE AUDITIVO:** ☐ **PVE RESPIRATORIO:** ☐
PVE ERGONÓMICO: ☐ **PVE CARDIOVASCULAR:** ☐ **PVE PSICOSOCIAL:** ☐
PVE QUIMMICO: ☐ **PVE RADIACIONES IONIZANTES:** ☐ **PVE BIOLOGICO:** ☐

OBSERVACIONES GENERALES

CONTROL ANUAL



DANIELA SOFIA FUQUENE SANTAFE
C.C:1019126262

Victor Manuel Rodriguez Rojas
Registro: 25966102
Lic: 1613

UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL SAS - Nit: 805002036-4 - Teléfono: 3102000186 - Dirección: Calle 17 No 66-96
www.unidadso.com.co

USO CONFIDENCIAL

USO CONFIDENCIAL

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 6 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	1016609282	THALIANA SOFIA RODRIGUEZ FUQUENE	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



DANIELA SOFIA FUQUENE SANTAFE
C.C. 1019126262

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016609282

Indicativo Serial 62213602

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 4 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 5 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	FUQUENE

Nombre(s): THALIANA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUL Día 07	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	173892359

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: FUQUENE SANTAFE DANIELA SOFIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1019126262	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ TORO JOAN DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1014233450	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ TORO JOAN DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1014233450	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUL Día 18	ANDRES HIBER AREVALO PACHECO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ANDRES HIBER AREVALO PACHECO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LV TOMO 396- 236;18/07/2022

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Gcadena s.a.